**Seoul Christian School**

#### Medical Information

**(학생의료정보)**

**Name:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sex M\_\_ F\_\_\_ Birthdate:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(이름) (성별) (남) (여) (생년월일)

Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(주소)

To the Physician: Please complete both sides and return to the child’s school.

(담당의사께: 이 종이의 양면을 모두 작성하여 학생의 학교로 보내주시기 바랍니다.)

Date of immunizations:(예방접종일)

(Number of doses and dates) (접종받은 숫자와 접종일)

DPT(디프테리아/파상풍/백일해) 1\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_\_\_

Or 또는

DT(디프테리아/파상풍) 1\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_\_\_

Polio(소아마비) 1\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_\_\_

Measles(홍역) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mumps(볼거리) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rubella(풍진) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

H.I.B.(뇌수막염) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hepatitis B(B형간염) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hepatitis A (A형간염) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

T.B. skin test (Mantoux Test) (결핵감염검사) : 아기때 결핵 예방주사를 접종한 한국아기들은 해당사항 없습니다.

Date Give(검사일):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date Read(검사결과날짜):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Positive(양성): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Negative(음성):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chest X-ray(흉부엑스레이):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Results(결과): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(date날짜) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SIGNATURE OF PHYSICIAN 담당의사 서명\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date 날짜 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parents(부모님작성란):

My child may be given Ibuprofen or Tylenol at school Yes\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

필요시 학교에서 타이레놀이나 이브프로펜(항염증제)를 주십시요 예 아니오

Does your child have any allergies? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

자녀에게 알러지가 있습니까? 있으면 알려주십시요.

# **MEDICAL REQUIREMENTS**

필수예방접종

Seoul Christian School desires to provide a healthy environment for your child. Therefore, we require evidence that each child has been immunized against common childhood diseases. Parents should submit a copy of the \*\*child’s immunization record to SCS.

The chart below summarizes the immunizations required by the school. **If evidence of immunization is not available, the child must receive booster shots for DPT, polio and MMR that are appropriate for the child’s age. The school must be provided with verification of the booster shots having been given.**

서울크리스찬스쿨은 재학생들에게 건강한 환경을 조성해주기 위해 각 학생의 예방접종확인서를 요구합니다.

아래의 기본예방접종 리스트를 작성하여 학교에 제출하여 주시기바랍니다. **만약 예방접종사실이 없는경우에는 반드시 아이의 연령에 맞는 DPT(디프테리아, 파상풍, 백일해), 소아마비, MMR(홍역,볼거리,풍진) 추가접종을 하셔야 합니다. 추가접종확인서는 학교에 제출하셔야 할 필수서류입니다**.

\*\*If a health certificate and shot record has been sent with your child’s records from another school, they are all SCS needs.

\*\* 만일 학생이 전에 다니던 학교에 예방접종확인서를 제출하였고 그 학교에서 SCS로 그 서류를 보내주었다면 추가확인서는 제출하지 않으셔도 됩니다.

## Immunization Guide and Requirements

(필수예방접종의 종류)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 접종시기 | 2mo 2개월 | 4 mo  4개월 | 6 mo  6개월 | 15 mo  15개월 | 18 mo  18개월 | 4-6 yr.  4-6세 | 14-16 yr.  14-16세 |
| DPT (DT) | (1) | (2) | (3) |  | (4) | (5) | DT |
| Polio | (1) | (2) | (3) |  | (4) | (5) |  |
| MMR |  |  |  | (1) |  | (2) |  |
| Tuberculin Skin Test | Every two years after 1 year old (만1세가 지난후 2년마다) | | | | | | |
| Chest X-ray | If skin test is positive (결핵감염검사가 양성일 경우) | | | | | | |

Evidence of immunization is to be submitted to the school office prior by the first day that a child attends class. If extenuating circumstances exist, parents may be granted two weeks extension in providing the required medical information. Students who have attended SCS for two weeks and have not submitted all required medical information will not be allowed in class until proof of immunization has been submitted.

이 접종확인서는 학생이 학교를 시작하는 첫날 이전에 제출하셔야 합니다. 불가피한 경우 2주의 시간을 드릴 수 있지만 부모님께서는 반드시 기간안에 확인서를 제출하셔야 하며 2주가 지난 후에도 확인서가 제출되지않은 학생은 확인서를 제출할 때까지 수업에 참여할 수 없습니다.

A form is provided on the back for your convenience. You may take it to your doctor to be filled out, signed and returned to SCS.

뒷장의 예방접종 확인서에 의사의 확인과 서명을 받으시고 학교로 제출해 주시기 바랍니다.

SEOUL CHRISTIAN SCHOOL

902-4 Eunchon-dong, Kwanak-ku 151-843, Seoul, Korea

